

# Hemorragia Digestiva



Mercedes Tirado Pueo  
Catalina Terrasa Arrom  
Hospital Son Llatzer

# Hemorragia Digestiva. HD

Se debe al sangrado intraluminal de una lesión del tracto gastrointestinal

Es una de las urgencias médicas más frecuentes en nuestro medio

incidencia anual : 50-150 casos por 100.000 habitantes/año

Mortalidad del 5-20%



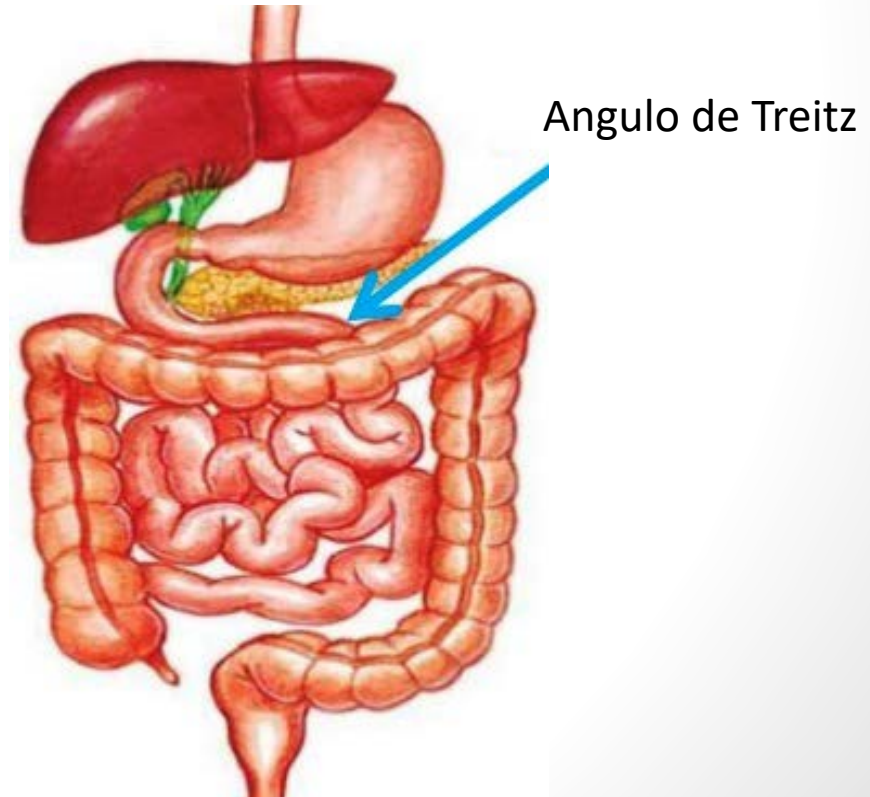
# Clasificación

## Según localización del sangrado

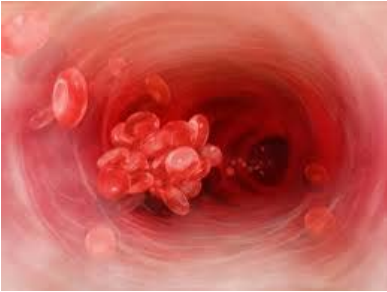
**Hemorragia digestiva alta (HDA)** sangrado proximal al ángulo de Treitz (4ª porción duodenal) es la HD mas frecuente

Pueden cursar **con o sin hipertensión portal (HTP)**

**Hemorragia digestiva baja (HDB)** el sangrado se origina entre el ángulo de Treitz y el recto.



# Clasificación



## Según forma de presentación

**Hemorragia Aguda:** sangrado de aparición aguda y **visible**  
Hematemesis, vómitos en “poso de café”  
Melenas. Hematoquecia / rectorragia



**Hemorragia crónica** sangrado < 50ml, **no visible**  
Pacientes con SOH + y/o anemia ferropénica

# Clasificación

## Según cantidad de sangrado



### Masiva

#### Anemia aguda

↓ Hcto > 20 % o Hb < 10 y  
transfusión de ≥4 concentrados  
hematíes en 24 h

#### Inestabilidad hemodinámica

Shock hipovolémico;  
TAS <100 + signos de  
hipoperfusión tisular

**Moderada-leve:** sin inestabilidad hemodinámica ni transfusión

**Persistente:** activa 24-48h sin conseguirse hemostasia efectiva

**Recidivante:** reaparece tras 24h de hemostasia

**Autolimitada:** cede en 24h

# Clasificación

## Según su gravedad

### Criterios clínicos:

Edad > 60 años.

Presentación aguda y hemorragia masiva

Recidiva hemorrágica

Enfermedades asociadas: I. Cardíaca, hepatopatía, I. Renal  
ó coagulopatías



### Criterios endoscópicos:

Presencia de sangrado activo.



# HD aguda. Formas de presentación clínica

En la HD la forma de presentación y el aspecto de las heces nos orientan sobre la localización del sangrado

## HDA

**Hematemesis** vómito de sangre fresca, coágulos o restos hemáticos oscuros (posos de café)



**Melena** heces color negro, brillante y muy malolientes. Sangrado mínimo de 50-100 ml y  $\geq 8-10$  h en el colon

**Hematoquecia** en HDA importantes si tránsito rápido

## HDB

**Hematoquecia** heces mezcladas con sangre roja . Colon

**Rectorragia** emisión de sangre roja. Anorrectal

# HD aguda. Formas de presentación clínica



**Síntomas de anemia:** disnea, angor, Taquicardia, I. Cardiaca, palidez...



**Síntomas de hipovolemia sin sangrado visible:** mala perfusión síncope, hipotensión, mareo, oliguria...

!Ante un paciente con signos de hipovolemia, urea elevada y creatinina normal, sospechar HD aún en ausencia de sangrado visible!



# HDA. Etiología

## HDA sin Hipertensión portal (HTP)

**-*Ulcus péptico***: la más frecuente

-*Lesiones agudas de la mucosa gástrica* (erosiones y gastritis hemorrágica)

-*Lesiones esofágicas*; esofagitis, úlceras, Sdr. Mallory-Weiss

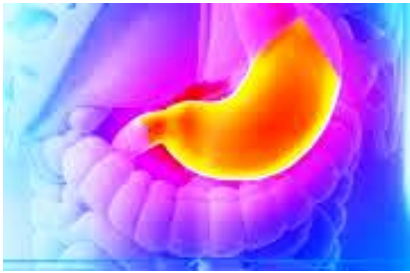
-*Lesiones vasculares*; Lesión de Dieulafoy. Fístula aorto entérica, 75% en duodeno. Característica la “hemorragia heráldica”

## HDA con HTP

Varices esofágicas o gástricas

Gastropatía hipertensiva

Varices ectópicas



# Úlcera péptica

*Causa más frecuente de HDA, 40%*

El sangrado de la **úlcer**a **duodenal** es mas frecuente que de la gástrica

**Principales factores etiológicos** de HDA en la úlcera péptica

- infección por *Helicobacter pylori*
- ingesta de AINEs



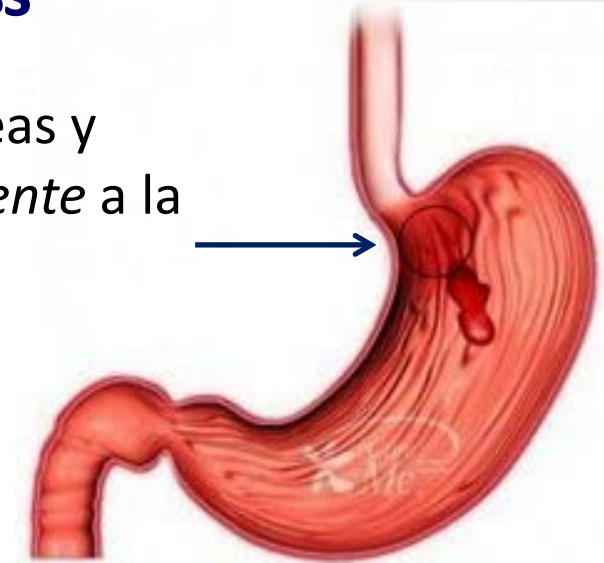
# Síndrome de Mallory-Weiss

**Desgarro** en la **unión gastroesofágica** náuseas y **vómitos intensos** *preceden característicamente* a la hematemesis

5% de los casos de HDA.

Autolimitada en 90% de los casos

Recidiva poco frecuente



## Lesiones agudas mucosa gástrica. Erosiones y gastritis hemorrágica

Se asocian a *toma de AINEs, alcohol y situaciones de estrés* (cirugía mayor, quemaduras graves..)

Causan HDA leve-moderada pues en la mucosa no hay vasos de calibre grueso



# HDA con HTP. HDA varicosa

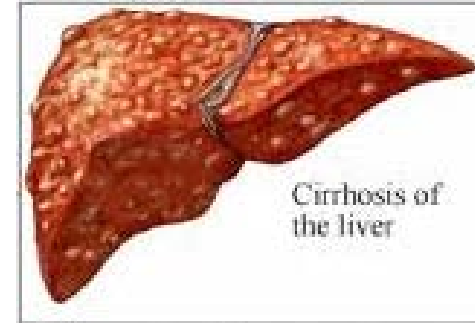
## En cirrosis hepática

HTP: presión portal > 10 mm Hg → circulación colateral portosistémica

Varices esofágicas o gástricas

Gastropatía hipertensiva

Varices ectópicas



HDA varicosa. Situación frecuente y grave en la cirrosis hepática y causa de otras complicaciones; infecciones x bronco aspiración, PBE, encefalopatía y sínd. hepatorenal..

Tasa de mortalidad del 35-50%.



# HDB. Etiología

## Intestino delgado

Enfermedad de Crohn

10%

Angiodisplasia

Diverticulo de Meckel

Neoplasia

## Colon y recto

### Divertículos

Angiodisplasia

EII

Pólipos.

Neoplasia

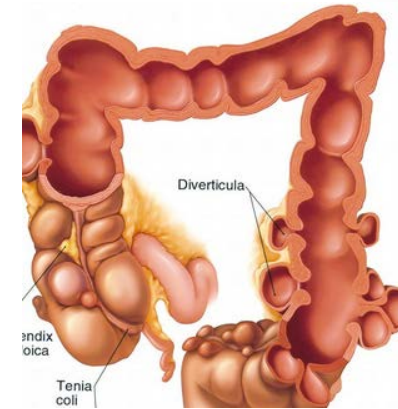
Colitis actinica o  
infecciosa

Hemorroides

## No diagnosticada

10 %

80 %



La diverticulosis de colon es la causa mas frecuente de HDB en la población adulta

# Evaluación inicial HDB

## Anamnesis

Síntomas que orientan sobre la etiología:



**Dolor abdominal** ; causa isquémica o inflamatoria (colitis isquémica, diverticulitis..)

**Hemorragia indolora** divertículos y angiodisplasia

Diarrea sanguinolenta EII o infección

**Cambio de ritmo deposicional** sospechar neoplasia en >50 a

**Dolor anal y rectorragia..** fisura anal o hemorroides



## Exploración física

**Exploración anal con tacto rectal ¡es fundamental!** para comprobar la presencia de sangre y evaluar patología anorrectal o masas rectales.

**Abdomen** buscar visceromegalias o de masas abdominales.



# HD Manejo en urgencias





# Medidas iniciales



**¡Toda HDA es una situación urgente !**

\*La primera causa de mortalidad en la HDA son las complicaciones cardiovasculares .

La repercusión hemodinámica de la HDA depende de:

- cuantía y rapidez del sangrado* y
- grado de compensación cardio-vascular*

Las **medidas de reanimación** y soporte vital **prevalecen** sobre cualquier medida diagnóstica o tratamiento médico

Objetivo principal:

**ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA**



# HDA



<b>Gravedad</b>	<b>Repercusión hemodinámica</b>	<b>Cantidad de sangre perdida</b>
<i>NULA</i>	Ninguna	< 500 cc (10%)
<i>LEVE</i>	FC < 100, TAS > 100 Vasoconstricción periférica leve	500-1250 cc (10-25%)
<i>MODERADA</i>	FC 100-120 TAS < 100 Palidez cutánea, frialdad, sudoración	1250-1750 cc (25-35%)
<i>GRAVE</i>	Shock hipovolémico Oligoanuria FC > 120 TAS < 60	> 1750 cc (> 35%)

# Servicio urgencias extra hospitalario.

## Medidas iniciales

Medir **constantes** (TA, FC, sat O2, FR..) identificar precozmente la situación de shock o pre-shock.

Confirmar hemorragia **Tacto rectal**

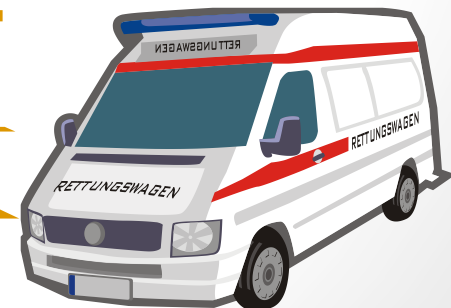


**Reposición de la volemia:**

Vía venosa periférica gruesa (14-16G).

Mantener TAS > 80-100 con bolus de cristaloides S.F.

Traslado urgente al Hospital



# SUH. Medidas iniciales HDA

## Valoración del estado hemodinámico.



Constantes vitales: TAS, FC, FR, sat O<sub>2</sub>, diuresis..  
signos de hipoperfusión periférica y nivel de conciencia..

## Anamnesis

Rápida. Interrogar a familiares, revisar informes médicos previos...

## Exploración física



# Paciente hemodinámicamente inestable



## Criterios:

**Caída sintomática de TA  $<90/50$  +**

**Disfunción orgánica:**

Angor prolongado

Insuficiencia cardiaca/EAP

Deterioro de función renal. Oligoanuria

Disminución de nivel de conciencia



Iniciar medidas de reanimación cardio-vascular

Semicríticos / UCI/ Quirófano

# HDA con estabilidad hemodinámica

-Monitorización continua de constantes y diuresis horaria

- **Confirmar hemorragia** Hacer **TR.** (~~SNG~~)

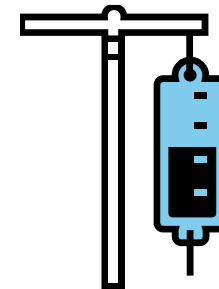
-Valorar **cuantía y actividad** del sangrado

-**2 vías periféricas** gruesas. Reposición de la volemia

-**Analítica** y pruebas cruzadas

Reserva de concentrados de hematíes y unidades de plasma

*Hb y el Hcto al ingreso y cada 4 h !*



- Rx tórax. ECG . GSA

-Buscar **comorbilidades**; patología cardiovascular, antecedentes o signos de hepatopatía..



La **endoscopia** debe realizarse cuando el paciente se encuentre estable hemodinámicamente

# Historia clínica

Edad y calidad de vida. Hábitos tóxicos; **enolismo**



Antecedentes: Patología ulcerosa. Hepatopatía, varices

Descartar “*pseudomelenas*” tto Fe oral, bismuto, calamares en su tinta, remolacha..

Descartar epistaxis, gingivorragia, hemoptisis.

Toma de **AINES, antiagregantes y anticoagulantes**



Patología concomitante ; EPOC, cardiopatía isquémica.. Cirugía gástrica o aorta-abdominal.

Síntomas actuales de HDA: Forma de presentación clínica  
Duración, cantidad..

Síntomas asociados: Sincope, dolor torácico, disnea,  
debilidad, dolor abdominal...



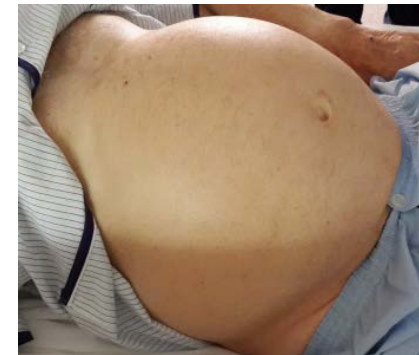
# Exploración física



- Estado general
- Nivel de conciencia: consciente, obnubilado, coma...
- Inspección cutánea: palidez, frialdad, sudoración, cianosis, ictericia, estigmas de hepatopatía, petequias, hematomas,
- Auscultación cardio-pulmonar. Taquiarritmia, soplos.
- Palpación de pulsos periféricos



- Abdomen: puntos dolorosos, irritación peritoneal, megalias, masas, ascitis, circulación venosa colateral.



- Tacto rectal



# Endoscopia

Es la parte final en la evaluación de los pacientes con HDA.



**Diagnostica** la lesión sangrante en el 95% de casos,  
**estratifica el riesgo** según características de la lesión y  
permite aplicar **tratamiento hemostático**

Se realizará siempre después de la estabilización hemodinámica del paciente



# Endoscopia en HDA, cuando?

## Endoscopia urgente-inmediata < 6 h

- HDA masiva o grave
- HDA activa y persistente
- Sospecha de HDA por rotura de varices
- Historia previa de cirugía aorta abdominal: sospecha de fístula aorto-entérica: si es normal → TAC o arteriografía.



## Endoscopia diferida 6-24h

- HDA leve-moderada. individualizar según gravedad
- En hematoquecia si sospecha de sangrado alto.  
Aumento de urea plasmática con creatinina normal sugiere HDA.



# Contraindicaciones de la endoscopia

Ausencia de indicación

Negativa del paciente o falta de colaboración

Inestabilidad hemodinámica

Alteración del nivel de conciencia

Insuficiencia respiratoria grave

*IAM* reciente

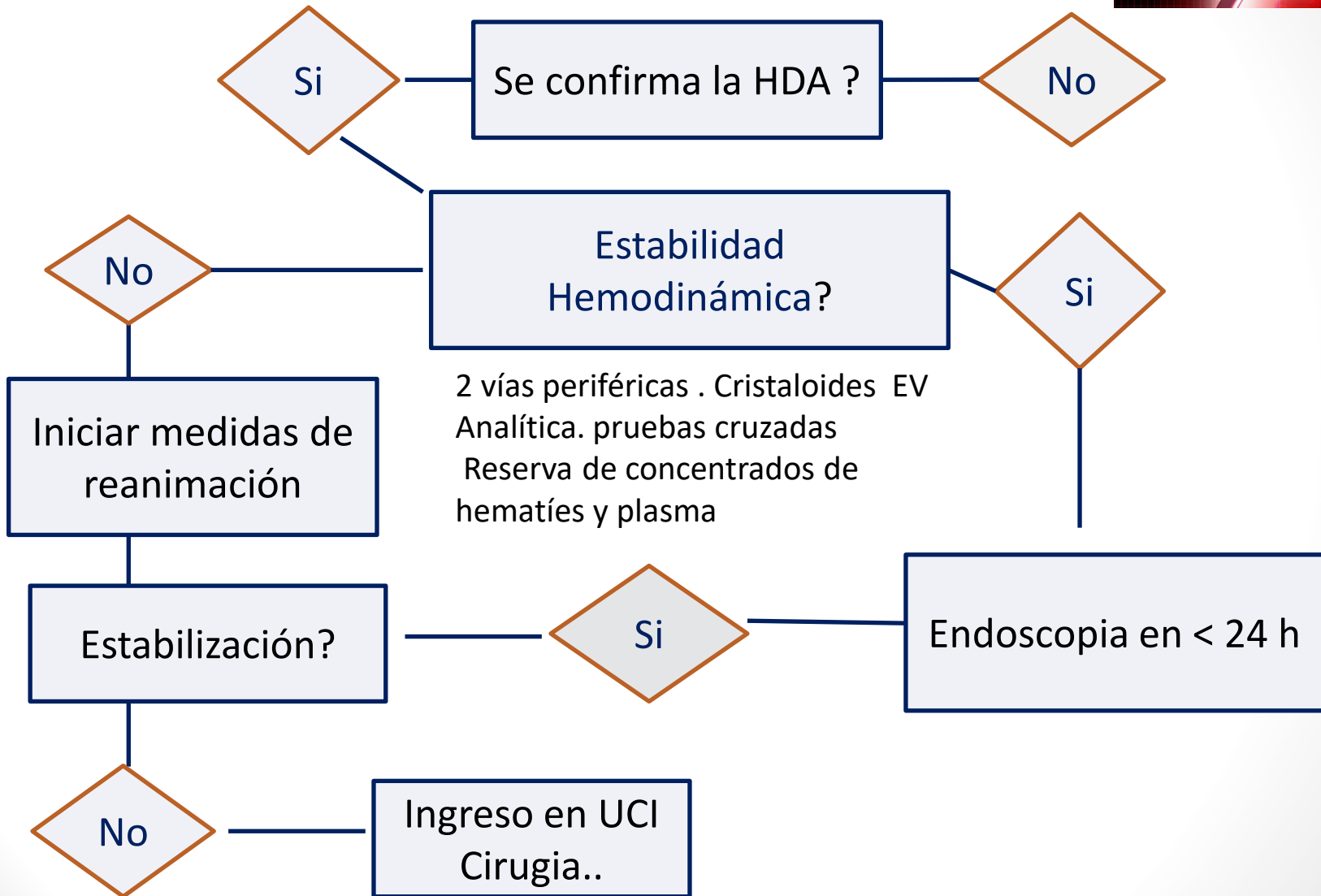
Arritmia cardíaca severa

*Perforación* víscera hueca o abdomen agudo

Trastornos *severos* de la coagulación



# Sospecha de HDA



# Estratificación pronóstica

Se recomienda el uso de **escalas pronósticas** para estratificar el **riesgo de recidiva y mortalidad**

**Escala de Blatchford** **antes** de la endoscopia

la **clasificación de Forrest** **durante** la endoscopia valora estigmas de alto riesgo de recidiva y la necesidad de tto endoscópico

**Después** de la endoscopia el **índice de Rockall** es el más utilizado para evaluar el riesgo de recidiva y mortalidad



## Escala de Blatchford

Variable	Marcador de riesgo en la admisión	Puntuación
Urea sérica mmol/L	$\geq 6,5 - 7,9$	2
	8-9,9	3
	10-24,9	4
	$\geq 25$	6
Hemoglobina g/dl (hombres)	$\geq 12-13$	1
	10-11,9	3
	$< 10$	6
Hemoglobina g/dl (mujeres)	$\geq 10-12$	1
	$< 10$	6
Presión arterial sistólica (mmHg)	100-109	1
	90-99	2
	$< 90$	3
Otros marcadores	Pulso $\geq 100$	1
	Presentación con melena	1
	Presentación con síncope	2
	Enfermedad hepática	2
	Insuficiencia cardíaca	2

0 puntos; el paciente puede ser dado de alta hospitalaria y programar una gastroscopia ambulatoria en 24-48 h

El resto de puntuaciones requieren una gastroscopia precoz

# HDA por úlcera péptica

## Endoscopia

Localización, tamaño y número de lesiones.

Descripción del *fondo de la úlcera*.

Estado de la hemorragia.

Realización de *técnicas de hemostasia*

Riesgo de recidiva hemorrágica

Calidad de la exploración:

Mala colaboración.

Zonas no vistas por sangre, endoscopia incompleta.

Toma de muestras para descartar infección por *Helicobacter pylori*



# HDA por úlcera péptica

## Clasificación de Forrest.



### I- Sangrado activo

Ia- Sangrado arterial, en chorro, “en jet”.

Ib- Sangrado babeante o en sábana.

### II- Sangrado reciente

Ila- Vaso visible.

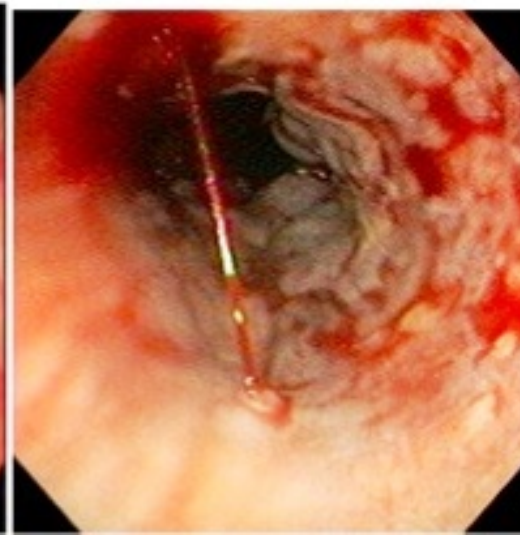
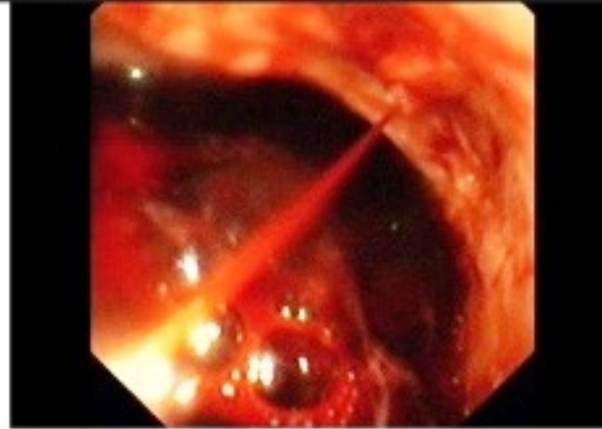
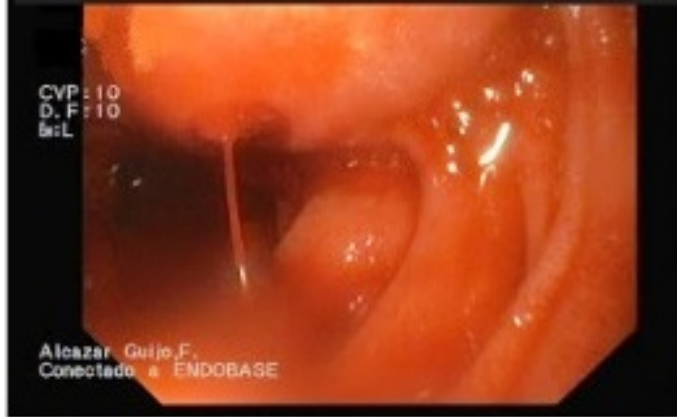
IIb- Coágulo adherido.

IIc- Base negra.

### III- No sangrado: fondo fibrinoso

Estratificación del **riesgo recidiva** e **indicación de tratamiento** .

## Forrest : I A



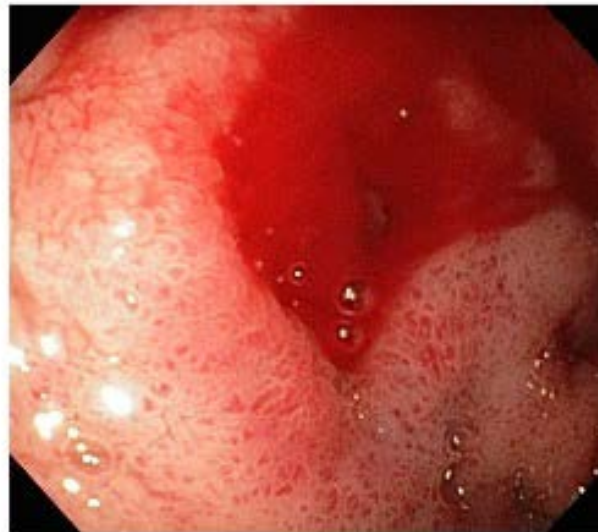
Sangrado  
activo: en "Jet"



## Forrest : I B



Sangrado activo “ en napa” (babeando)



## Forrest : II A



Sangrado  
reciente: Vaso  
Visible no  
sangrante

Forrest : II B



Sangrado reciente :  
coagulo adherido

## Forrest : II C



Sangrado reciente: fondo  
ulceroso hemático



## Forrest : III



Sin estigmas de  
sangrado: lesión limpia

# HDA por ulcera péptica. Factores de riesgo recidiva



## Alto riesgo

### Factores endoscópicos:

Restos hemáticos en el trayecto explorado.

Úlcera > 2cm y cara postbulbar.

Lesiones tipo I, IIa y IIb de Forrest

### Factores clínicos:

Edad > 65 años.

Comorbilidades. Cirrosis hepática .  
VE

Toma de AINEs.

Presentación clínica con  
inestabilidad hemodinámica

Sangrado activo y necesidades  
transfusionales > 5 unidades

## Bajo riesgo

### Endoscópicos :

Úlcera de pequeño tamaño y  
tipo Forrest III

### Clínicos:

Pacientes jóvenes.

Sin comorbilidad asociada.

Estables

hemodinámicamente.

Hemorragia autolimitada.

# HDA por varices

## Endoscopia

**Criterios diagnósticos** de **HDA por varices** esofágicas o gástricas:

- Hemorragia activa por varices.
- Signos de hemorragia reciente sobre una variz.
- Varices sin signos de sangrado en ausencia de otras lesiones potencialmente sangrantes
- Gastropatía por HTP.

Si recidiva repetir gastroscopia.

# Índice de Rockall

## Después de la gastroscopia

Variable	Puntuación	
Edad (años)		
< 60	0	
60-79	1	
> 80	2	Rango: 0 - 11
Estado circulatorio		
No shock (PAS > 100 mmHg y FC < 100 lat/min)	0	
Taquicardia (PAS > 100 mmHg y FC > 100 lat/min)	1	Riesgo
Hipotensión (PAS < 100 mmHg)	2	Bajo : 0 - 2
Enfermedades asociadas		Medio: 3 - 4
Ninguna enfermedad	0	ALTO: ≥ 5
Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca crónica, otras	2	
insuficiencia renal crónica, cirrosis, neoplasia	3	
Diagnóstico		
Mallory-Weiss, no lesiones, no signos de HR	0	
Todos los demás diagnósticos	1	
Neoplasia esofagogastroduodenal	2	
Signos de HR		
No estigmas, hematina	0	
Sangre fresca en estómago, HDA activa, VVNS, coagulo	2	





**Hemorragia digestiva baja. HDB**

# Diagnostico y manejo de la HDB en el SUH

Las HDB son menos frecuentes y suelen tener una evolución mas benigna o crónica.

La mayoría se autolimitan espontáneamente

La **colonoscopia** es la exploración de elección en la HDB por su rendimiento diagnostico, seguridad y potencial terapéutico .

En **HDB masiva** se realizara **endoscopia alta urgente** y si es normal TAC angiografía

La **HDB grave** requiere ingreso hospitalario y realizar la colonoscopia.

**HDB no grave** sin repercusión hemodinámica ni anemia .  
Alta de urgencias y programar colonoscopia ambulatoria

## Sospecha clínica en urgencias de HDB

Inspección anal-tacto rectal

Evaluación  
Gravedad

No grave

Consulta  
externa

Colonoscopia diferida

Hospitalización

Grave

No masiva

Compromiso  
hemodinámico

Masiva

Colonoscopia

Endoscopia  
alta

Gammagrafía  
pertecnectato

TC angiografía

Cápsula  
endoscópica

Gammagrafía  
hematíes

Angiografía  
percutánea

Enteroscopia

Cirugía

# Manejo en urgencias

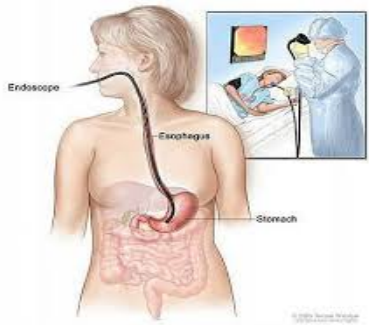
## REANIMACIÓN HERMODINAMICA



## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO



## TRATAMIENTO ENDOSCOPICO



# Manejo en urgencias

## VALORACION INICIAL

### ANAMNESIS INICIAL

Forma de presentación  
Signos de gravedad o repercusión hemodinamica  
Comorbilidad  
Uso de antiagregantes o ACO

### EXPLORACION INICIAL

Evaluar el estado hemodinamico  
Signos de hepatopatía



## Manejo en urgencias

PACIENTES ESTABLES



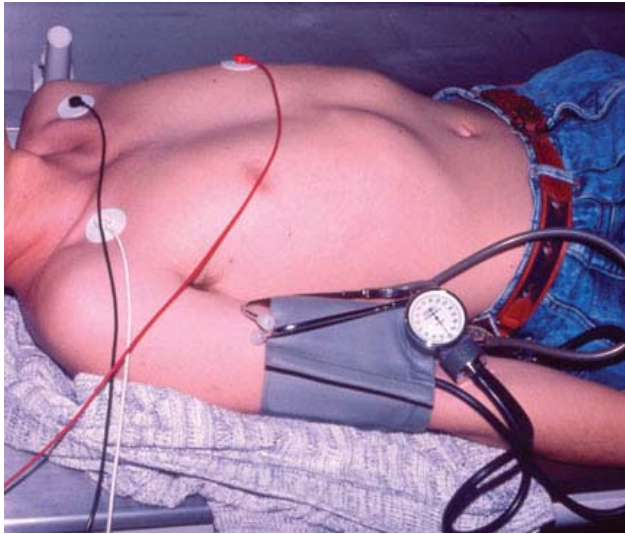
**HD LEVE-MODERADA**

PACIENTES INESTABLES



**HD GRAVE**

# Manejo en urgencias



## Valoración hemodinámica

**Canalizar 2 vías periféricas**  
**Reposo**  
**Decubito lateral**  
**Via aérea**  
**valorar IOT**

# Manejo en urgencias

## SUEROTERAPIA

**Cristaloides**



**Coloides**



**Hemoderivados**





# Trasfusión Hemoderivados



**CUANDO?**



**Hemoglobina < 7-8gr/dl**

**Antecedentes de cardiopatía Hb < 10gr/dl**

**Jovenes Hcto < 20**

**Ancianos Hcto < 30**



# Trasfusión hemoderivados

## PLAQUETAS

- Pacientes politrasfundidos
- Mantener cifras de plaquetas > 50.000
- cada unidad aumenta 5000-10000

## PLASMA

- Tratar coagulopatía de base.
- Pacientes en tto con AVK
- Politrasfundidos

**2 U de PLASMA//4-5CC DE HEMATIES//1 POOL DE PLAQUETAS**

# Manejo en urgencias



## Via central

cardiópatas

insuficiencia renal

ancianos

# Tratamiento farmacológico

HDA no varicosa

IBP



- Disminuye recidiva hemorrágica
- Mejora la eficacia del tto endoscópico
- Disminuye la necesidad de cirugía

# Tratamiento farmacológico

## DOSIS

80 mg ev en bolo

perfusión de 80mg cada 12h ev.

-lesión de alto riesgo de sangrado → mantener 72 h post endoscopia

-lesión de bajo riesgo → podría suspenderse e iniciar via oral

Si U. duodenal → 4 semanas

Si u. gastrica → 8 semanas

# Tratamiento farmacológico

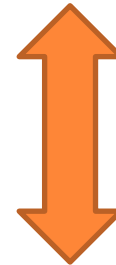
## HDA varicosa

### OBJETIVO

**INICIO PRECOZ.** Si sospechamos hemorragia por HTP



**REDUCIR LA HTP**



Mantener el tto de 48 h a 5 días para prevenir la recidiva hemorrágica

# Tratamiento farmacológico

**HDA varicosa**

## SOMATOSTATINA

**Bolo 250micgr**



Repetir en caso de hemorragia activa

**Perfusion 250mcgr/h (3mg/12h)**



Doblar dosis si existe sangrado activo en la endoscopia

# HDA varicosa. Prevención de complicaciones

**PBE**

Ceftriaxona 1gr/24h

**Enolismo activo → sind abstinencia**

Diazepam vo o ev

**Déficit B1**

tiamina

**Encefalopatía hepática**

Lactulosa

**Malnutrición**

Iniciar dieta precoz



# Tratamiento farmacológico

## PRE-ENDOSCOPIA



**ERITROMICINA 250mg ev; 30-120 min antes**

**No sistemática  
En caso de hemorragia grave  
Hematemesis**

# Endoscopia



**DIAGNOSTICA**

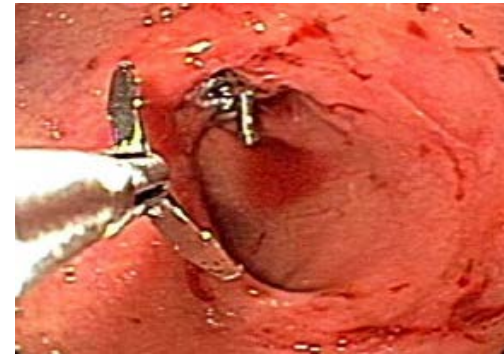
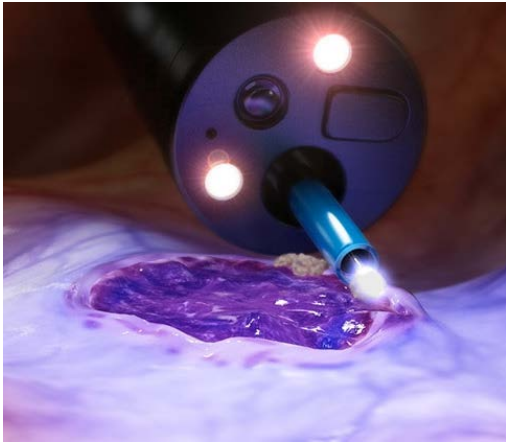
**PRONOSTICA**

**TERAPEUTICA**

# Tratamiento endoscópico

## HDA no varicosa

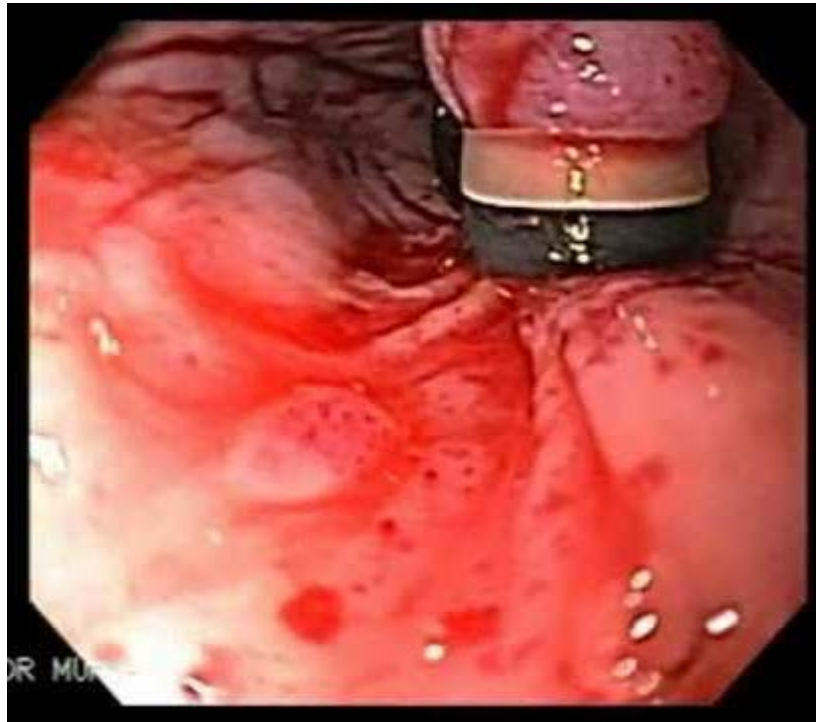
Inyección de adrenalina



**Colocación de clip  
metalico  
Termocoagulación**

# Tratamiento endoscópico

## HDA varicosa



Ligadura con bandas elásticas

# Evidencia/sospecha de HDA de origen ulceroso

IBP en bolo + perfusión

Endoscopia urgente

Sangrado activo

Hemorragia por ulcera  
Estigmas de hemorragia

Ausencia de signos

Vaso visible no sangrante

Coagulo adherido

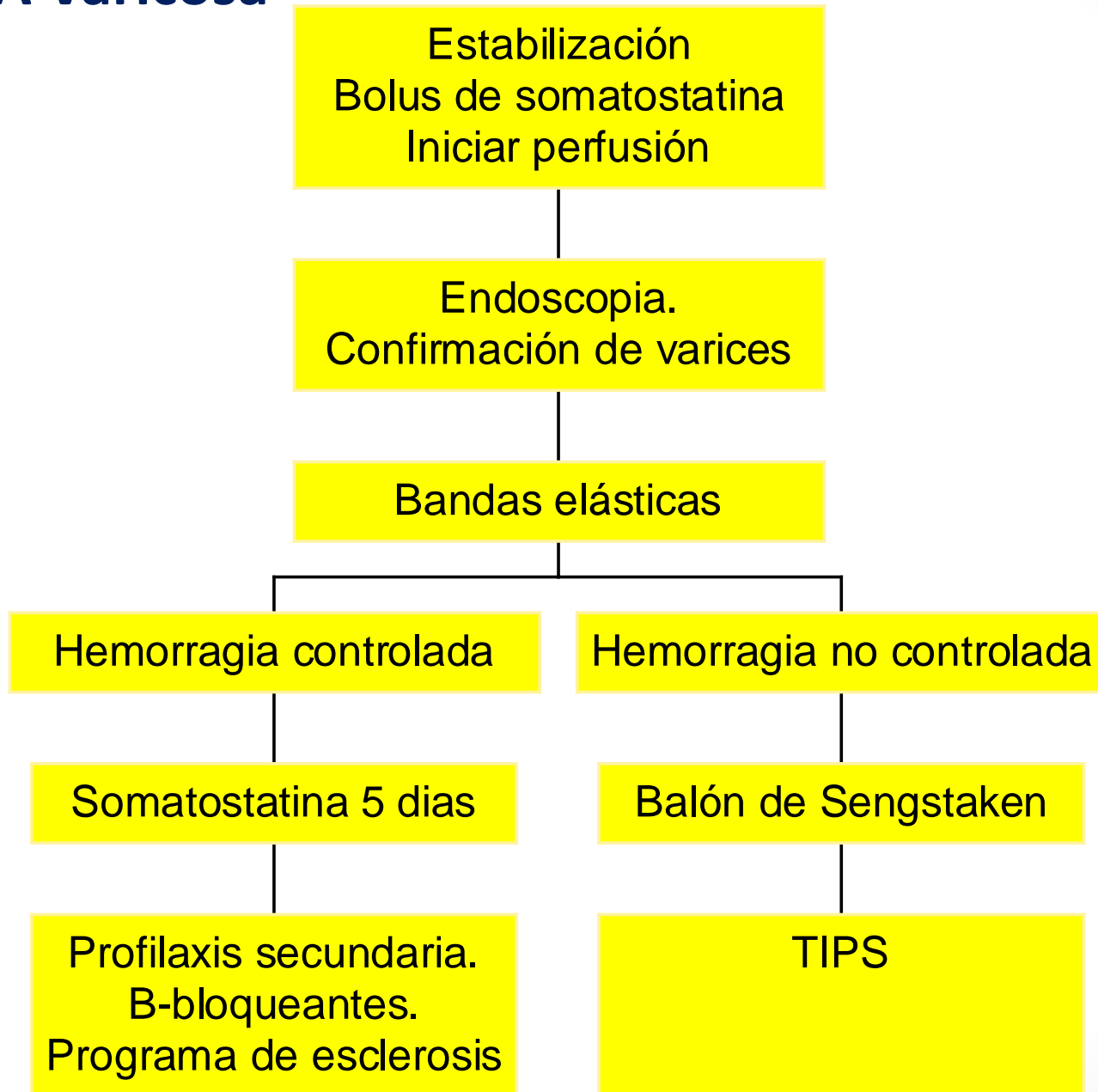
Tto endoscópico  
Inyección de adrenalina +  
Método térmico o mecánico

desprenderlo

Tto ambulatorio con IBP v.o

Mantener tto con IBP ev durante 72 h

# HDA Varicosa



# Tto antiagregante

suspender inicialmente

Reiniciar tto? cuando?



RIESGO DE RESANGRADO-→Reinicio precoz

NO RIESGO HEMORRAGICO-→ Reinicio inmediato

DOBLE ANTIAGREGACION-→ Mantener AAS dosis baja y suspender clopidogrel.

**IBP DE MANTENIMIENTO**

# Tto anticoagulante oral



## Manejo inicial

	DICUMARINICOS  INR > 3	DABIGATRAN (INHIBIDOR DE LA TROMBINA)	APIXABAN Y RIVAROXABAN (INHIBIDOR FACTOR Xa)
Hemorragia leve/moderada	Vitamina K 10 mg ev	Suspender dosis	Suspender dosis
Hemorragia grave/inestable	-Vitamina K -Plasma fresco congelado 10mg/kg -Complejo protrombinico (protomplex)	Antidoto: idarucizumab. 5gr IV 2 viales 50 mL (2 × 2.5 g)	Complejo protrombinico (protromplex)
	INR < 3 nada ó vit K		

